

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1896

THÈSE

N°

419

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 10 Juillet 1896, à 1 heure.*

Par M<sup>lle</sup> CATHERINE LESLY

Née à Elna (Russie), le 9 novembre 1863

Ancienne externe des hôpitaux

---

DE

LA NARCOLEPSIE

---

*Président* : M. POTAIN, professeur.

*Juges* { MM. LANDOUZY, professeur.  
NETTER et GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896



419



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Vendredi 10 Juillet 1896, à 1 heure.*

Par M<sup>lle</sup> CATHERINE LESLY

Née à Elna (Russie), le 9 novembre 1863

Ancienne externe des hôpitaux

---

DE

LA NARCOLEPSIE

---

*Président* : M. POTAIN, professeur.

*Juges* { MM. LANDOUZY, professeur.  
NETTER et GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. BROUARDEL   |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | MM.            |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | N.             |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | DIEULAFOY.     |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS-DUVAL. |
| Pharmacologie.....                                                 | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | POUCHET.       |
| Hygiène.....                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.....                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | LABOULBÈNE.    |
|                                                                    | STRAUS.        |
| Clinique médicale.....                                             | POTAIN.        |
|                                                                    | JACCOUD.       |
|                                                                    | HAYEM.         |
|                                                                    | X...           |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                           | FOURNIER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | RAYMOND.       |
|                                                                    | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale.....                                         | LE DENTU.      |
|                                                                    | TILLAUX.       |
|                                                                    | BERGER.        |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | PANAS.         |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements.....                                      | TARNIER.       |
|                                                                    | PINARD.        |

*Professeurs honoraires* : MM. SAPPEY et PAJOT

## Agrégés en exercice.

| MM.          | MM.                    | MM.                 | MM.       |
|--------------|------------------------|---------------------|-----------|
| ACHARD.      | FAUCONNIER.            | MARIE.              | SEBILEAU. |
| ALBARRAN.    | GAUCHER.               | MÉNÉTRIER.          | THIÉRY.   |
| ANDRÉ.       | GILBERT.               | NÉLATON.            | THOINOT.  |
| BAR.         | GILLES de la TOURETTE. | NETTER.             | TUFFIER.  |
| BONNAIRE.    | GLEY.                  | POIRIER, Chef des   | VARNIER.  |
| BROCA.       | HARTMANN.              | travaux anatomiques | WALTHER.  |
| CHANTEMESSE. | HEIM.                  | RETTNER.            | WEISS.    |
| CHARRIN.     | LEJARS.                | RICARD.             | WIDAL.    |
| CHASSEVANT.  | LETULLE.               | ROGER.              | WURTZ.    |
| DELBET.      | MARFAN.                |                     |           |

*Secrétaire de la Faculté* : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à l'auteur, et qu'elle n'en tiend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE

# LA NARCOLEPSIE

---

## AVANT-PROPOS

Pendant notre séjour à Paris, nous avons rencontré plusieurs de nos camarades qu'un incessant besoin de sommeil gênait beaucoup dans leurs études.

Ainsi l'une de nos amies éprouvait tous les jours une irrésistible envie de dormir à la fin de la visite à l'hôpital ; elle entendait indistinctement, répondait vaguement ; toute somnolente en se rendant à son domicile, souvent elle le dépassait, se trompait d'étage, de porte, et aussitôt arrivée elle s'étendait sur son lit et s'endormait immédiatement ; dix minutes, un quart d'heure après, elle se réveillait toute remise. Il lui arrivait aussi de s'endormir soudainement pendant le cours qu'elle suivait cependant avec grand intérêt ; elle laissait échapper le crayon, le cahier qu'elle tenait, mais aussitôt le bruit causé par ces objets en tombant la réveillait. Une autre ne s'endormait pas aussi brusquement et en dehors du temps habituel, mais se couchant à neuf ou

dix heures du soir, elle pouvait dormir jusqu'à dix heures du matin et même plus tard. Beaucoup d'autres se plaignaient de ce besoin exagéré de sommeil, se manifestant sous des formes assez variées.

C'est en présence de ces faits que l'idée nous est venue d'étudier un peu la question. C'est alors que nous avons appris pour la première fois le mot « narcolepsie », et il nous a paru intéressant de réunir les recherches éparses et les observations disséminées çà et là pour les grouper dans une étude d'ensemble ; mais à ce moment le temps nous manquait pour approfondir cette étude. Aujourd'hui nous avons pensé y revenir et en faire l'objet de notre thèse. Ce qui nous décida définitivement sur le choix de ce sujet, c'est que la question du sommeil pathologique nous était jusque-là restée complètement inconnue. Ce n'est certes pas une des plus importantes parmi tant d'autres également négligées, mais bien une des plus intéressantes à ce qu'il nous semble.

Nous avons cherché ainsi à combler une des lacunes de nos connaissances médicales et à présenter en même temps une étude d'ensemble sur la question encore peu élucidée.

Nous n'apportons ni faits nouveaux, ni expériences, ni observations personnelles (les quelques observations qui nous sont propres et qui auraient pu donner un caractère plus personnel à notre travail, n'offrent rien de particulier, et viendraient par conséquent l'allonger inutilement).

Donc notre modeste travail est purement œuvre de compilation. Puisse-t-il nous servir à l'accomplissement de cette formalité de fin d'études ! Nous l'avons composé dans ce but.

Disons, entre parenthèses, que notre tâche a été un peu

bornée par le manque de beaucoup d'ouvrages, surtout étrangers, à la Bibliothèque de la Faculté.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à exprimer notre respectueuse reconnaissance à tous les maîtres qui nous ont guidée dans notre instruction médicale, soit par leurs leçons à l'École de médecine, soit par leur enseignement clinique dans les hôpitaux.

Nous adressons aussi nos remerciements aux camarades qui nous ont aidée.

Nous prions M. le professeur Potain d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

---



## CHAPITRE PREMIER

### Historique.

Le mot narcolepsie (νάρκωσις, somnolence, λαμβάνειν, saisir) fut introduit dans le vocabulaire médical par M. Géliveau en 1880 à l'occasion d'une observation qu'il publia dans la *Gazette des hôpitaux*. Il s'agissait d'un homme, sujet depuis plusieurs années à des accès de sommeil irrésistible et de courte durée, très fréquents, pouvant aller jusqu'à 200 par jour et qui, à part cela, était bien portant. Ces attaques constituaient toute la maladie que M. Géliveau proposa d'appeler « *narcolepsie* ». Il la différencie des autres formes de sommeil morbide et des états semblables. Il en recherche la pathogénie, attribue l'affection à une émotivité exagérée du sujet et considère ce sommeil comme moyen réparateur dans la circonstance. Il indique le siège de l'affection (protubérance annulaire) et en fait une entité morbide bien définie qu'il range parmi les névroses.

Son observation ne constitue pas un cas tout à fait sans précédents. Citons les observations de Thümen et de Fricker publiées en Allemagne (1841) ; celle de Macnamara en Irlande (1862) ; de Caffé en France, où l'auteur donne un exemple curieux de « maladie du sommeil » caractérisée par le besoin incessant et irrésistible de dormir, survenant par accès et qu'il rapproche de l'hypnosie observée par les

médecins de la marine chez les nègres du Gabon, du Sénégal et de la Guinée (1862). Marotte décrit une affection du même genre (1862). Labbé signale les crises de sommeil chez une jeune fille chlorotique (1862); Depaul, chez une femme en travail d'accouchement, survenant à chaque contraction utérine (1872). Ward Cousins a vu un jeune fermier pris subitement, sans cause appréciable, de sommeil; le réveil était spontané, mais les accès, très prolongés dans ce cas, le reprenaient ensuite (1863). Marduel rapporte un cas se rapprochant du précédent (1872). Citons encore le cas de Gairdner où il s'agit d'une jeune fille de 15 ans présentant des accès de sommeil alternant avec des mouvements choréiformes (1875-1878); celui d'Armaingaud se rattachant à l'état hystérique (1876), celui de Weiss concernant un épileptique (1876); ceux de Westphal (1877), de Fischer (1878), de Siemens (1879), etc.

La plupart des auteurs avant Gelineau rangeaient sous les mêmes dénominations des cas souvent tout à fait dissimilaires et inversement publiaient sous des titres différents les cas complètement analogues, ce qui rendait les recherches bibliographiques et l'étude de la question laborieuses et difficiles. On considérait cette affection comme une curiosité médicale, une névrose extraordinaire, une maladie, un symptôme bizarre et d'une grande rareté. On se bornait la plupart du temps à signaler simplement ces faits sans tenter leur interprétation. Le sommeil hypnotique provoqué en ce moment-là attirait tellement l'attention des observateurs, que les modifications pathologiques du sommeil spontané furent délaissées.

La communication susmentionnée de Gélinau, ainsi que son mémoire publié l'année suivante où il réunit quatorze cas de narcolepsie, eurent un certain retentissement. D'abord par l'étude nette du fait qu'il sépara totalement des autres sommeils morbides : il souleva de sorte la question du sommeil pathologique, question sur laquelle jusqu'alors on n'avait rien ou presque rien dit ; de plus, par l'attention qu'il attira sur l'étiologie, la pathogénie de ce phénomène, sur son mécanisme, sur la valeur pronostique de ce symptôme pouvant apparaître au cours de tant de maladies ; enfin, par l'introduction d'un nom unique pour désigner des choses complètement analogues, ce qui rendit l'étude de la question plus aisée. Le nouveau terme fut tout de suite accepté et devint rapidement d'un usage courant en France comme à l'étranger. A partir de cette époque, les observations de « narcolepsie » abondent et, suivant l'expression de Camuset, on n'a qu'à frapper le sol du pied pour en faire sortir de nouveaux narcoleptiques. L'article de Ballet sur le sommeil pathologique (1883), la monographie de Féré sur le « sommeil paroxistique (1893) », l'étude de Parmentier (1891) sur la pseudo-narcolepsie, les travaux de Porter (1880), de Dana (1884), de Jacoby (1893), en Amérique ; ceux de Chataloff (1885), de Dehio (1893), en Russie, etc., sont à mentionner comme ouvrages d'ensemble. Citons encore les thèses de Dufossé (1888) et de Samain (1894), en France, et celle de Böhm (1893), en Allemagne.

Les idées premières de Gélinau furent vivement critiquées, réfutées en partie par les uns, totalement combattues par les autres. Tout d'abord, Putzel, dans son ouvrage sur les maladies nerveuses fonctionnelles, classe la narcolepsie

de Gélineau parmi les manifestations épileptiques. Porter partage cette manière de voir : l'accès narcoleptique, d'après cet auteur, ne serait que l'équivalent de l'attaque comitiale ; il le considère comme un phénomène de transition entre la santé et le premier degré du petit mal (1880). L'étude des crises de sommeil dans l'épilepsie et des rapports de cette dernière avec la narcolepsie est reprise par beaucoup d'autres : Morisson, Dana, Féré, Berkhan, Dehio, Jacoby, etc.

On a beaucoup aussi étudié les rapports de la narcolepsie avec une autre grande névrose, l'hystérie. Dutil considère les accès narcoleptiques comme vraisemblablement, pour la plupart au moins, des manifestations hystériques (1894). Parmentier cependant démontra, en 1891, que les attaques hystériques narcoleptoïdes et les vraies attaques narcoleptiques si semblables à première vue, sont nettement différentes au fond. Il proposa d'appeler les premières du nom de *pseudo-narcolepsie*. Les observations de narcolepsie d'origine hystérique sont nombreuses : citons celles de Briquet, Richer, Gélineau, Ballet, Charcot, Gilles de la Tourette, Legrand, etc., en France ; celles de Staes Brame, Akimeako, Loschiloff, Dana et autres à l'étranger.

En France, M. Ballet (1883) a le premier réagi contre cette opinion de Gélineau qu'il existerait une narcolepsie, maladie autonome ; il ne la considère pour sa part que comme un simple symptôme d'affections très nombreuses et très variées. Il n'y aurait, d'après cet auteur, qu'un nombre fort restreint de cas où la narcolepsie ne pourrait être rattachée à aucun trouble, soit dans l'état des viscères, soit dans l'état de la nutrition générale, soit dans l'état du sys-

tème nerveux. Il étend alors cette dénomination à *toute exagération pathologique du besoin de sommeil* se manifestant sous des formes diverses. « La narcolepsie pourrait être assez exactement opposée à l'insomnie, dit l'auteur, et les conditions déterminantes de la narcolepsie sont variées et multiples comme celles de l'insomnie. » M. Ballet tente une pathogénie de ce phénomène, hypothétique, comme l'auteur l'avoue lui-même. Les idées de M. Ballet ont prévalu surtout en France et peu à peu on voit la narcolepsie devenir symptomatique d'affections de plus en plus nombreuses. On la signale au cours du diabète (Thipson, Ballet, Landouzy), dans les affections hépatiques (Bouland, Hanot, L. Levi, Céry), obésité, goutte, troubles digestifs, affections cardiaques et cardio-vasculaires, neurasthénie, hystérie, épilepsie, etc.

Blocq et Onenoff, étudiant la question dans leur livre de séméiologie et diagnostic des affections nerveuses (1892), disent ceci : la « narcolepsie ne constitue pas une entité morbide mais seulement un symptôme opposé à l'insomnie pouvant apparaître en des cas assez disparates. » « La narcolepsie, écrit M. Féré (1893), n'est ni une névrose ni une maladie. » D'après cet auteur, les associations symptomatiques de l'affection dont elle dépend ne font jamais défaut si on les recherche avec soin. M. Rofin (1895) se prononce dans le même sens à propos du traitement des attaques du sommeil, et M. Huchard (1895) s'exprime ainsi : « Gélinau, qui a étudié dès 1880 ce symptôme sous le nom de narcolepsie, a sans doute été trop loin en le regardant comme une affection particulière. »

A côté de cette opinion, la plus accréditée actuellement,

nous trouvons des avis contraires. M. Ballet, tout en n'acceptant pas les idées de Gélinau, reconnaît cependant qu'il existe des cas de narcolepsie où la cause pathologique reste indéterminée. Ces cas constitueraient une sorte de narcolepsie essentielle apparaissant chez des sujets entachés souvent d'hérédité nerveuse. M. Dufossé partage l'opinion de M. Ballet ; il apporte en même temps quelques observations de narcolepsie primitive. M. Samain présente aussi quelques exemples de « narcolepsie idiopathique » (1894) ; il fait de plus un parallèle entre la narcolepsie et la chorée dont l'étiologie est variée elle aussi et qui se présente tantôt comme symptôme, tantôt comme maladie autonome. » De même qu'il existe des chorées infectieuses, des chorées chez les névropathes et les dégénérés, de même il y aurait également une narcolepsie infectieuse ou toxique et une narcolepsie symptomatique de névrose. » — Et plus loin : « comme le veulent certains neuropathologistes, la chorée elle aussi n'est pas une névrose mais un syndrome clinique tout à fait comparable à des convulsions, des paralysies, des troubles de la digestion ou des accès de sommeil comme l'est la narcolepsie. » Loschiloff (1895) a observé des cas où les accès de sommeil indomptable ne pouvaient être attribués à aucune cause appréciable et constituaient en eux seuls toute la maladie. Il publie deux observations de ce genre, recueillies dans la clinique de M. Darkchévitch et les qualifie de *narcolepsie essentielle*. Dana (1884) dans son étude sur le sommeil pathologique admet l'existence de la somnolence morbide spéciale indépendante de tout autre affection de l'organisme et pouvant se manifester sous des formes diverses et entre autres sous celle décrite par Géli-

neau. Il réunit plusieurs observations de ce genre. Dehio trouve dans la littérature cinq cas de sommeil idiopathique (1893). Citons encore les observations de Chatain, Ewen, Matas, Morton, etc.

De ce rapide aperçu historique, où nous avons exposé les principales étapes qu'a parcourues l'étude de la narcolepsie dès la communication de Gelineau jusqu'aujourd'hui, il résulte que la question de l'autonomie de cette affection n'est pas définitivement tranchée. Ce symptôme, ce syndrome ou cette névrose est encore mal classé. Les auteurs ne sont pas encore fixés sur sa pathogénie ni sur son siège et ne font à cet égard que des hypothèses. Sur la signification même de ce terme on n'est pas toujours d'accord.

---

## CHAPITRE II

### Définition et caractères.

La narcolepsie consiste dans un besoin subit et irrésistible de dormir, survenant en dehors du temps habituel de repos par accès fréquents et de courte durée. En voici quelques exemples :

Garçon de 15 ans, marchand de vins. Au milieu d'une phrase, en servant le client il est pris d'une subite envie de dormir, il y succombe instantanément, debout, le verre en main, au grand étonnement des consommateurs. Une minute après il se réveille (LASÈGUE).

Un garçon de 28 ans, employé à porter en ville des paniers remplis de cristaux, se sent pris subitement d'une envie de dormir impérieuse : il s'arrête, s'appuie à un mur ou à un bec de gaz et s'endort le panier de cristaux sur l'épaule. Il se réveille une ou deux minutes après (LASÈGUE).

..... Je dors ou je m'endors à toute heure du jour sans que la volonté et l'énergie dont je suis capable puissent s'y opposer. Je suis pris parfois presque instantanément et cela dans quelque situation que je me trouve. J'ai dormi en cueillant des cerises, en marchand, pendant que l'on me causait et, étant enfant, apprenti mercier à Paris, en servant les clients (observation communiquée par M. HUGUES LE Roux et faite par le malade lui-même).

Gustave B..., âgé de 16 ans. Il a toutes les apparences d'une santé excellente, l'air assez intelligent, il répond aux interrogations avec netteté et sans aucun trouble de la parole ; mais tandis qu'on procède à un examen sommaire, il s'endort plusieurs fois, debout pendant quelques secondes..... Tout à coup et sans aucun prodrome, sans aura d'aucune espèce, les yeux du malade se ferment, il incline la tête légèrement en deux ou trois saccades : il dort. Le sommeil dure de vingt à soixante secondes, parfois davantage ; puis, subitement la tête se relève, les yeux s'ouvrent un peu étonnés, mais le malade recouvre à l'instant toute sa puissance d'esprit et se remet à la conversation..... Les attaques le surprennent à tout instant. S'il est assis, la tête s'incline simplement sur la poitrine ; s'il est debout, même loin de tout appui, il reste en équilibre, oscillant un peu de côté et d'autre. S'il marche, il s'arrête tout à coup, la tête s'incline : il s'endort. Pendant le repas, nous l'avons vu tombant le nez dans son assiette ; la main portant la fourchette s'arrête et retombe, les mouvements de la mastication sont suspendus, la bouche est ouverte (H. LEGRAND).

Le docteur C... s'endormait profondément entre chaque visite, le trajet ne fût-il que de deux minutes. Chez le malade il ne s'asseyait pas pour ne pas s'endormir, auscultant rapidement, la position penchée accentuant le besoin déjà si impérieux. La rédaction des ordonnances était devenue difficile : il était obligé de se borner à écrire des formules courtes, concises, sous peine de s'y reprendre à plusieurs reprises. L'écriture était tremblée, avec des échappées de plume, la plupart du temps illisibles.

A table, le sommeil le prenait en mangeant, en buvant ;

le verre, la tasse ou la fourchette s'échappaient de ses mains et retombaient sur la table. La lecture était devenue impossible ; à la quatrième ligne, le livre s'échappait de ses mains et roulait sur le sol. L'écriture était impossible aussi. A l'hôpital, il s'endormait en causant avec les malades, ses fins de phrases étaient bredouillées ; il s'endormait en signant la paperasserie habituelle. A peine monté en tramway, il s'endormait. Le jeu lui était devenu impossible, les cartes lui tombaient des mains. En marchant même, il s'endormait, butait, se cognait aux réverbères, contre les voitures ; il marchait machinalement par action réflexe et se trompait souvent de rue ; il s'entendait ronfler en marchant, cherchait à se réveiller et ne pouvait y arriver.....

Une fois, en parlant à un malade à l'hôpital, il tomba endormi en travers du lit. Une autre fois, se sentant envahi par le sommeil dans un dîner de famille, il sortit de table pour marcher un peu ; il ne put gagner la porte et tomba par terre terrassé par la violence du sommeil..... (ROBIN).

Ne multiplions pas les exemples. Qu'il nous suffise de dire que la narcolepsie se présente toujours avec les mêmes caractères fondamentaux, à quelque variante près. Nous passerons maintenant à leur description détaillée.

Le sommeil narcoleptique possède les caractères du sommeil naturel, avec quelques particularités cependant.

Il est irrésistible et survient brusquement pendant le repas, la cuiller aux lèvres, pendant la conversation, au milieu d'un mot même, etc.

La résolution musculaire souvent n'est pas complète et

le sujet garde alors la posture dans laquelle il est surpris. Il dort ainsi debout ou assis, en marche, à cheval, etc.; parfois il s'affaisse et cherche une position et un endroit plus convenables dans la circonstance.

Si le narcoleptique n'a pas, en général, la conscience nette de l'apparition de l'attaque, il a au moins cet état de subconscience (Pierre Janet) qui lui permet de parer plus ou moins à certains inconvénients et dangers et de se rendre compte de ce qui se passe autour de lui.

Ce sommeil est exempt de rêves et de toute manifestation extérieure qui peut caractériser le rêve.

Lés pupilles sont plus ou moins dilatées et on observe un rétrécissement assez considérable des vaisseaux du fond de l'œil.

L'intensité peut varier de l'assoupissement léger, qui s'accuse par un peu d'affaiblissement cérébral, quand le sujet entend quoique indistinctement, peut répondre aux questions, quoique vaguement, jusqu'au sommeil complet.

Même dans les cas de sommeil très profond, on parvient toujours à provoquer le réveil; seulement les moyens varient: tantôt le simple contact, l'appel suffisent, tantôt il faut employer les moyens les plus énergiques (pincement, secousses fortes).

Les attaques ne présentent aucune régularité dans le temps. Elles sont habituellement quotidiennes et se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés; on en a observé de 1 à 200 par jour.

L'accès dure de quelques secondes à une demi-heure, rarement plus. Le réveil est spontané, analogue à celui du sommeil normal, mais brusque, momentané comme son

invasion ; le sujet recouvre aussitôt ses facultés intellectuelles, sa sensibilité, sa motilité, il a conscience de ce qui s'est passé et l'accès, loin de le fatiguer, le laisse au contraire tout à fait dispos et semble le revivifier. Il éprouve souvent un sentiment de satisfaction comme si le court sommeil lui était utile, nécessaire même ; toute interruption lui cause une impression désagréable, l'irrite ; réveillé par force, il se rendort aussitôt.

Les attaques surviennent d'habitude spontanément et, comme nous l'avons vu, au milieu des circonstances les moins favorables au sommeil ; quelquefois elles sont provoquées par toute émotion gaie ou triste, ou encore par l'ingestion des aliments.

La narcolepsie par elle-même n'altère pas la santé, mais elle attaque souvent le moral du sujet, en compromettant sa vie sociale, le rendant incapable au travail, lui attirant toute sorte de mésaventures et peut devenir ainsi le point de départ de la neurasthénie.

Les troubles concomitants mentionnés dans plusieurs observations se rapportent au système génital (irrégularité dans la menstruation chez la femme, pertes séminales chez l'homme).

Nous venons de passer en revue les caractères typiques de la *narcolepsie vraie*, de la narcolepsie apparaissant en dehors de toute autre affection, or nous verrons plus loin que les divers états morbides qui l'engendrent, lui impriment en même temps des traits particuliers permettant souvent de reconnaître la maladie originelle. Elle présente aussi quelques différences individuelles selon l'âge, le tempérament, l'état de santé, l'éducation, les habitudes du sujet, etc.,

conservant néanmoins dans ces manifestations une certaine unité, un certain ensemble.

L'hystérie et l'épilepsie surtout lui donnent des caractères spéciaux que nous analyserons dans le chapitre du diagnostic et qui lui ont valu le nom de *pseudo-narcolepsie* (PARMENTIER).

Dans quelques autres états pathologiques comme diabète, obésité, affections du foie, etc., on observe souvent une sorte d'inversion; c'est-à-dire que c'est plutôt de la somnolence plus ou moins continue interrompue par des accès de veille fréquents et de courte durée que beaucoup d'auteurs qualifient également du nom de narcolepsie. Dans ces états morbides le sommeil est ordinairement influencé par les mêmes causes qui favorisent le sommeil naturel : le défaut d'excitation extérieure comme obscurité, silence, etc., les bruits monotones, la trépidation d'une voiture, etc.

Chez les dyspeptiques l'accès est souvent sous la dépendance de la digestion. Chez les neurasthéniques on le voit se produire souvent par suite de privation d'aliments; un retard de repas, retard de quelques minutes seulement, les plonge dans une attaque de sommeil.

Morton cite un cas où les attaques ont pu être vaincues par l'effort de la volonté, au prix cependant de céphalées intenses ; cela tient probablement à l'éducation du sujet, à l'habitude de se maîtriser.

Dans le cas d'Ewen, les crises ont pu être dissipées et disparurent même complètement à la longue par un exercice physique obligé et surveillé.

Loschiloff a signalé deux cas de narcolepsie primitive, où les attaques n'étaient pas quotidiennes ; après plusieurs

jours successifs d'accès survenaient des intervalles de quelques semaines et même de quelques mois. Les longues rémissions constituent un signe de présomption en faveur de leur nature hystérique, quoique dans ces cas les recherches des stigmates de la névrose et l'étude des caractères de l'accès donnèrent le résultat négatif à cet égard. De même, la durée de l'attaque dépassant une demi-heure, une heure au plus, en dehors de tout autre état morbide, sera en faveur de l'hystérie ; on a vu cependant chez quelques narcoleptiques non hystériques l'accès se prolonger de une à trois heures.

La régularité dans l'apparition des attaques ne s'observe que rarement, et c'est principalement chez les épileptiques.

On a noté de l'abattement, de l'hébétude, de l'oppression, de la pesanteur au creux épigastrique au moment du réveil, de la céphalalgie après la crise ; ces cas doivent éveiller l'idée de l'épilepsie et de la neurasthénie.

On a signalé aussi de l'insomnie nocturne coexistant avec la narcolepsie (SAMAIN).

Disons en terminant que la narcolepsie, comme nous venons de le voir, constitue un type clinique déterminé, tellement distinct de toute autre espèce de somnolence morbide qu'il mérite bien un nom spécial, nom qui n'est d'ailleurs tiré que de la symptomatologie sans préjuger de sa nature.

---

## CHAPITRE IV

### Étiologie. — Pathogénie.

On voit la narcolepsie apparaître tantôt au cours et sous l'influence de divers états pathologiques, tels que : névroses, diabète, affection du foie, du cœur, troubles digestifs, etc., tantôt chez des individus en excellente santé, au moins en apparence, et sans qu'on puisse l'attribuer à telle ou telle affection préexistante de l'organisme.

Au point de vue étiologique, nous distinguerons trois groupes de faits : le premier comprendra la narcolepsie liée aux maladies nerveuses ; dans le second nous envisagerons les différents autres états pathologiques dans lesquels elle a été observée ; et enfin dans le troisième groupe, les cas les plus frappants, où le phénomène apparaît seul, en dehors de toute manifestation pathologique, où l'individu semble victime de cette somnolence morbide toute spéciale.

#### 1<sup>o</sup> NARCOLEPSIE DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES

Parmi les affections nerveuses, la narcolepsie est tout particulièrement reliée aux *neuropathies convulsives*, telles que : hystérie, épilepsie, chorée, tics.

*Hystérie.* — L'hystérie par ordre de fréquence occupe la première place. Nous savons que les attaques de sommeil

hystérique ne sont pas chose rare, et elles se présentent sous des formes assez variées : accès léthargiques proprement dits de Brisquet et des anciens auteurs, mort apparente, forme syncopale, forme apoplectique de Debove et Achard, et enfin la forme narcoleptique qui est relativement peu commune. Vu la fréquence des crises de sommeil dans l'hystérie, on a cherché tout d'abord à rattacher la narcolepsie exclusivement à la diathèse hystérique (DUTIL); les recherches ultérieures ont démontré l'erreur de cette conception. C'est à Armaingaud qu'appartient la première observation détaillée publiée sous le nom de « névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique », que M. Gélinau rangea parmi les narcolepsies secondaires et que plus tard M. Parmentier qualifia du nom de *pseudo-narcolepsie*. Il s'agissait d'une jeune hystérique qui, au début, manifestait sa névrose par des crises convulsives et plus tard par des crises narcoleptoïdes, alternant tout d'abord avec les premières, puis finissant par les remplacer définitivement.

La narcolepsie hystérique présente quelques caractères bien tranchés qui suffisent en général pour reconnaître l'hystérie (PARMENTIER). Nous en parlerons dans le chapitre du diagnostic.

L'attaque narcoleptoïde est ici considérée comme l'équivalent de l'attaque convulsive. Ces crises alternent avec les crises communes de la petite ou de la grande hystérie, tantôt les remplacent définitivement; l'attaque de sommeil n'est qu'exceptionnellement la première ou l'unique manifestation éclatante de la névrose (PARMENTIER).

Les causes provocatrices de l'accès de sommeil sont pour

la plupart les mêmes que pour l'accès convulsif : frayeur, émotion pénible, colère, etc. Quelquefois, ils apparaissent sans cause appréciable.

Les observations relatives à la narcolepsie hystérique sont assez nombreuses ; citons celles de Ballet, Briquet, Charcot, Féré, Gelineau, Gilles de la Tourette, Legrand, Richer, en France ; celles de Akimenko, Drosdoff, Dana, Staer Bream, etc., à l'étranger.

Notons que dans beaucoup d'entre elles la chlorose et l'anémie concomitantes ont été signalées.

*Épilepsie.* — Les rapports de la narcolepsie avec l'épilepsie sont les mêmes que ceux que nous venons d'exposer à propos de l'hystérie, l'épilepsie s'accompagnant également de formes spéciales de sommeil pathologique et entre autres de narcolepsie. Beaucoup d'auteurs classèrent tout d'abord la narcolepsie de Gelineau parmi les manifestations du petit mal (Putzel, Porter) et plusieurs narcoleptiques ont été soignés pour l'épilepsie sans résultat. En effet, la brièveté des attaques, leur fréquence, la brusquerie de leur apparition et de leur disparition éveillent bien l'idée de décharge épileptique qui seule paraissait affecter ces variations brusques, instantanées, et cependant l'épilepsie imprime quelques particularités à ses attaques narcoleptoïdes et s'accompagne de symptômes propres qui permettent, dans la majorité des cas du moins, de déceler la nature épileptique de l'affection. Les études de Dana, Morrison, Berkhan, Mendel, Dehio, Jacoby, Féré nous l'apprennent. Remarquons que le diagnostic ici présente un intérêt capital. Nous nous y arrêterons au chapitre du diagnostic. Les attaques de sommeil alternent avec les attaques

convulsives ou avec les autres attaques épileptiques : fugues, vertiges, absences ou crises psychiques du petit mal, les remplacent, les précèdent ou les suivent.

On cite des cas où la narcolepsie constituait en elle seule toutes les manifestations du mal comitial.

*Chorée.* — Il en est de même pour la chorée (Ballet, Gairdner, Gélineau, Dufossé). M. Samain dans sa thèse rapproche la narcolepsie de la chorée, qui n'occupe pas, elle non plus, une place bien déterminée dans les cadres nosographiques, et dans les cas où ces deux syndromes coïncident ou alternent, ils reconnaîtraient, d'après cet auteur, la même cause originelle.

*Tics.* — On a vu des individus atteints de tic devenir narcoleptiques au moment où leur tic disparaissait, et *vice versa*.

M. Moreau, de Tours, appelle l'attention des observateurs sur la question des *transformations des maladies*. L'auteur donne des exemples où une névrose réputée incurable serait guérie mais au profit d'autres affections qui viendraient la remplacer : une épileptique présentait pendant quinze ans des attaques épileptiques, puis surviennent des accès d'asthme en même temps que les attaques comitiales disparaissaient ; plus tard survint un tic facial, alors les accès d'asthme diminuèrent ou cessèrent pour quelque temps, et chaque fois que le tic s'accroissait en fréquence et en intensité, les accès d'asthme devenaient plus rares et plus faibles.

On pourrait peut-être appliquer dans nos cas cette manière de voir.

Nous avons observé pour notre part quelques jeunes

femmes nerveuses, non hystériques et ne présentant aucune affection nerveuse ou autre déterminée, qui périodiquement, principalement à l'époque menstruelle, manifestaient leur état névropathique d'une manière ou d'une autre ; une fois c'était la migraine, une autre fois des douleurs rhumatoïdes dans les articulations, une troisième fois des accès d'oppression violents, tantôt des crises de larmes sans raison, tantôt le *besoin indomptable de sommeil*. Ces accidents alternaient d'ordinaire et si quelques-uns s'associaient parfois, c'était alors sous une forme plus atténuée que lorsqu'ils apparaissaient isolément.

---

Parmi les autres états névropathiques figurant dans l'étiologie de la narcolepsie, la *neurasthénie* est à mentionner en première ligne. Tantôt les crises de sommeil apparaissent chez un neurasthénique confirmé, avec les autres stigmates de cette névrose et disparaissent par le traitement approprié en même temps que ces derniers ; tantôt elle frappe l'individu bien portant et qui sous l'influence des perturbations qu'apporte cette affection dans son existence devient neurasthénique par la suite (Morton, Gelineau). Il y a là un rapport évident de causalité, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre.

On a signalé la narcolepsie dans la *paralysie générale* apparaissant comme précurseur de l'issue fatale de la maladie (Féré). On l'a observée dans la *démence* et particulièrement dans l'aliénation sénile (ROUSSEAU).

2° NARCOLEPSIE DANS LES MALADIES GÉNÉRALES ET VISCÉ-  
RALES.

La narcolepsie se rattache quelquefois à des troubles de la nutrition générale, parmi lesquels le diabète occupe la première place. MM. Thyphon, Ballet, Landouzy en rapportent des exemples. Elle est fréquente chez les obèses (Gélineau, Samain, Caton, Arcle). Elle a été signalée chez des goutteux, arthritiques, gravelleux, polysarciques, dans la chlorose.

La narcolepsie se développe quelquefois à la suite des infections aiguës ou chroniques, surtout après celles dans lesquelles les troubles cérébraux et l'état somnolent sont particulièrement fréquents, comme : influenza, fièvre typhoïde, le paludisme, la syphilis. Elle a été également observée dans les auto-intoxications : putréfactions gastro-intestinales, insuffisances rénale, hépatique. Dans certaines affections du foie elle s'est montrée comme un symptôme grave, annonçant le progrès de la maladie (LÉVI, CÉRY).

Elle s'observe dans les affections cardiaques et surtout cardio-artérielles (Huchard, Camuset, Dufossé) ou névroses cardiaques (OLLIER).

Parmi les intoxications exogènes on a incriminé l'alcoolisme.

Dans aucun de ces états morbides la narcolepsie n'apparaît ni comme un symptôme capital, ni même comme un symptôme fréquent ; au contraire, elle ne figure en général que comme un simple épisode syndromique excessivement

rare par rapport à la fréquence de ces affections. En effet, quel nombre minime de narcoleptiques par rapport aux diabétiques, cardiaques, syphilitiques, etc. !

La nature intime des rapports de la narcolepsie avec ces affections est encore mal élucidée. Ce qui est nettement établi par la clinique, c'est qu'il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence des deux affections, mais d'un rapport de cause à effet : la narcolepsie suit la marche de la maladie qui l'engendre et disparaît en même temps que le malade guérit de son affection primitive.

### 3° NARCOLEPSIE NE SE RATTACHANT A AUCUNE ENTITÉ MORBIDE DÉTERMINÉE OU NARCOLEPSIE ESSENTIELLE

Nous admettons volontiers que le domaine de la narcolepsie à laquelle on applique l'épithète, toute provisoire d'ailleurs, *d'idiopathique* ou *d'essentielle* va en se rétrécissant et est appelé vraisemblablement à disparaître ; néanmoins, il faut bien reconnaître qu'actuellement on rencontre encore des narcoleptiques chez lesquels les accès de sommeil constituent toute la maladie sans qu'il soit possible de les rattacher à tel ou tel élément étiologique déterminé. En pareil cas, on pourrait jusqu'à nouvel ordre la considérer comme une affection spéciale, une névrose si l'on veut, que caractérise le syndrome narcolepsie.

Nous avons réuni 28 observations de ce genre (1) et nous allons passer en revue, sans parti pris, les divers éléments

(1) Au lieu de reproduire ces observations, nous nous bornons à marquer d'un signe \* dans l'Index bibliographique, les auteurs qui les rapportent.

étiologiques qui, selon les données des observations des auteurs, paraissent présider à la genèse de l'affection, soit comme prédisposants, soit comme déterminants.

**Causes prédisposantes.** — L'hérédité comme cause prédisposante figure dans plusieurs d'entre elles. Sur ces 28 observations, nous la trouvons dans 10 cas, répartie ainsi qu'il suit :

Dans 2 cas, père *épileptique*.

- 1 — père *épileptique*, mère *hystérique*.
- 1 — tante *imbécile*, sœur *épileptique*, frère *hystérique*.
- 1 — grand-père *asthmatique*, père *diabétique*, sœur *hystérique*.
- 1 — père *alcoolique*.
- 1 — père *ataxique* (?)
- 1 — mère *rhumatisante*, père mort d'une *affection pulmonaire* aiguë.
- 1 — grand'mère présentant une *névralgie faciale* rebelle.
- 1 — père *nerveux* sans présenter d'affection nerveuse déterminée, mère morte de *cancer*, frère d'un *ulcère stomacal*.
- 1 — père avait des accès de *somnolence indomptable* après les repas.

Nous voyons que parmi les prédispositions héréditaires, l'épilepsie et l'hystérie tiennent une place prépondérante; l'hérédité directe similaire n'est mentionnée que dans un seul cas. Dans 18 cas, on ne trouve aucune tare hérédi-

taire. Remarquons que la recherche des antécédents nerveux est souvent hérissée de mille difficultés et si elle donne des résultats négatifs ce n'est pas toujours une preuve de leur absence réelle.

*Age.* — La narcolepsie primitive est exceptionnelle chez l'enfant. Son maximum de fréquence s'observe à l'époque de la puberté et dans les premières années qui suivent cette phase critique. Exceptionnelle après 30 ans, nous ne trouvons qu'un seul cas où l'affection se manifesta pour la première fois à 39 ans. Une fois installée elle devient tenace, rebelle à tout traitement préconisé jusqu'ici, ne diminue pas avec l'âge et ne quitte plus le malade.

*Sexe.* — L'homme est plus souvent atteint que la femme : sur les 28 observations que nous avons réunies on compte 21 homme et 7 femmes. Le *climat* ne paraît pas avoir une influence prédisposante. On l'a signalée en Europe et en Amérique, dans les pays froids et tempérés comme dans les pays équatoriaux (Mexique).

*Race.* — Parmi les observations connues, une seule concerne un nègre (Matas).

**Causes déterminantes.** — Comme causes occasionnelles on a invoqué les suivantes (se présentant tantôt isolément, tantôt associées l'une à l'autre) :

Dans 6 cas, *surmenage* physique, intellectuel, émotif.

Choc nerveux.

— 3 — maladies infectieuses : fièvre typhoïde, influenza, rhumatisme articulaire aigu.

— 3 — insolation.

Dans 2 cas excès génitaux.

— 2 — excès de boisson.

— 2 — abus de tabac.

— 1 — impression du froid humide.

— 1 — traumatisme.

— 1 — chloroformisations répétées (20 fois environ).

Dans 10 cas on n'a pu rien trouver dans le passé du patient, rien à quoi on puisse attribuer l'apparition des attaques de sommeil.

Une fois la narcolepsie apparue, ses attaques se reproduisent d'ordinaire sans qu'on puisse incriminer aucun facteur provocateur et dans les circonstances en général les moins favorables au sommeil : au milieu d'une conversation, à cheval, pendant les repas, le morceau dans la bouche, etc. Dans quelques observations, on trouve signalé comme cause provocatrice de l'accès toute émotion gaie ou pénible, l'ingestion des aliments. Dans le cas de Depaul, concernant une dame en travail d'accouchement, l'accès survenait à chaque contraction utérine.

La fréquence des attaques serait influencée par le temps humide et orageux, par l'époque menstruelle chez la femme ; par les excès vénériens ou simplement par le coït chez l'homme.

De ce court bilan étiologique il ressort qu'aucune des causes mentionnées ne présente la puissance spécifique, soit prédisposante, soit déterminante.

L'hérédité nerveuse ou neuro-arthritique, l'époque de la puberté, toute cause d'épuisement somatique ; maladies débilitantes, excès de toute sorte, chocs nerveux, surme-

nage, etc. Bref, on y voit figurer les mêmes facteurs qui président à l'éclosion des névroses en général.

**Troubles coexistants.** — La céphalée plus ou moins continue ou sous formes de migraine a été mentionnée dans 3 cas ; la pesanteur permanente des paupières, dans 2 cas l'asthénopie, dans 1 cas ; le caractère émotif et impressionnable du sujet a été noté dans quelques cas. L'irrégularité de la menstruation, la leucorrhée chez la femme ; les pollutions spontanées, l'augmentation ou la diminution de l'instinct sexuel ou son apparition tardive chez l'homme se trouvent signalées dans beaucoup d'observations. En présence de ces données nous nous demandons s'il n'existerait pas un rapport de causalité entre ces troubles des fonctions génitales et l'apparition de l'affection.

Vu que la narcolepsie primitive est l'apanage de la puberté, qu'elle est influencée par les fonctions génitales (menstruation, rapports sexuels) et que les troubles qu'on a observé le plus souvent chez les narcoleptiques vrais sont ceux qui comportent le système génital, nous sommes enclin à considérer l'évolution de la vie sexuelle et ses perturbations sinon comme une puissance étiologique spécifique de l'affection, du moins comme un facteur occupant une place prépondérante à cet égard, surtout chez les sujets prédisposés de par leur hérédité. Ajoutons toutefois que les recherches des auteurs n'étant pas dirigées dans ce sens et le nombre d'observations étant trop restreint, les conclusions définitives seraient prématurées.

**Pathogénie.** — La pathogénie, la nature, le mécanisme, la localisation précise de l'affection n'ont été résolus jusqu'ici que par des hypothèses.

Les principales *conditions pathogéniques* consistent en modifications soit qualitatives, soit quantitatives du sang, réalisées par les maladies multiples et variées que nous venons de passer en revue. Ces modifications morbides amènent une oligotrophie (Andral) du cerveau, entravent la fonction de la cellule cérébrale, soit par défaut de substances nutritives dans le sang ou par excès de substances nuisibles, soit par oblitération momentanée ou rapidement compensée des vaisseaux cérébraux ou par leur spasme.

En l'absence de ces conditions les attaques de sommeil peuvent être expliquées par un défaut d'équilibre entre l'usure et la réparation des éléments nerveux (Gélineau), dû à un état de névrosisme héréditaire ou acquis (Ballet), à l'état d'incapacité d'accumulation d'énergie et d'aptitude particulière à l'épuisement (FÉRÉ).

*Siège.* — M. Gélineau attribue à la narcolepsie un siège précis dans la protubérance, se basant sur les études de Vulpian relatives à la fonction du pont de Varole.

D'après les recherches de Gayet, Wernicke, Mauthner et autres, la région péri-cavitaire de l'isthme de l'encéphale jouerait un rôle important dans la production du sommeil. Il est légitime d'admettre que dans la narcolepsie ce territoire nerveux soit particulièrement intéressé.

*Mécanisme.* — Siemens a admis que les attaques de sommeil sont dues à une suractivité de certaines régions cérébrales jouant le rôle de centres d'inhibition.

La plupart des auteurs expliquent cette soudaineté extra-

ordinaire du passage de l'état de veille au sommeil et *vice versa* par un mécanisme vaso-moteur. Il se produirait un spasme momentané vasculaire dans certaines régions du cerveau et le sommeil serait dû à l'anémie par vaso-contriction.

On pourrait l'expliquer par l'hypothèse des mouvements amœboïdes des dendrites. Sous une influence psychique quelconque, soit sous l'influence des modifications chimiques du sang ou de la substance nerveuse, leur contiguïté cesserait dans les régions sus-indiquées, et le sommeil aurait lieu.

Aucune des théories faites jusqu'ici ne pourrait expliquer d'une façon satisfaisante tous les cas de narcolepsie et la nature intime de ce phénomène reste obscure.

---

## CHAPITRE IV

### Diagnostic.

a) DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE. — La narcolepsie comme nous l'avons vu, présente des caractères si singuliers et si frappants que son diagnostic saute aux yeux, pour ainsi dire.

Lorsque nous voyons une personne en santé florissante, une jeune fille, un jeune homme à l'âge où s'exerce et se manifeste le plus l'activité d'esprit et du corps, succomber au sommeil à chaque moment et en dehors de toute cause appréciable, c'est un narcoleptique.

Il ne suffit donc pas pour être narcoleptique de dormir plus de sept à huit heures par jour, ou de s'endormir plus facilement qu'un autre sous l'influence de quelques circonstances favorisant le sommeil. Le repas copieux, le discours monotone, la lecture obligée et non intéressante, tout berce-ment prolongé physique ou moral, — voilà des conditions qui amènent une envie de dormir, — et cela ne sort pas du cadre du sommeil physiologique, de même que le sommeil diurne du nouveau-né dormant presque continuellement et la somnolence impérieuse des jeunes enfants.

On n'assimilera pas non plus la narcolepsie à la somnolence impérieuse dans la convalescence des maladies aiguës, ni au sommeil profond occasionné par une perte de sang

considérable, ou par une fatigue extrême, qui, même abstraction faite des conditions étiologiques, ne rappelle en rien les attaques narcoleptiques.

De même la somnolence habituelle des obèses, des gros mangeurs, des grands buveurs, de certains vieillards, des gens débilités, la somnolence *permanente* dans certaines maladies cérébrales ou mentales. Bref, *tout état somnolent continu ne sera pas qualifié de narcolepsie.*

b) DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — La constatation clinique, le diagnostic symptomatique (sans préjuger de la nature de ce syndrome) ne présente aucune difficulté. Il n'y a pas de diagnostic différentiel à faire. Gelineau l'a différenciée des quelques espèces de sommeil pathologique et d'états semblables : cataphora, sopor, stupor, coma, carus, l'agoraphobie, la syncope, le délire émotif, etc. La confusion est impossible, nous n'insisterons pas et renvoyons pour les détails au mémoire de Gelineau. Il n'y a pas davantage à nous arrêter à une assimilation quelconque avec les autres formes de sommeil morbide qui ne rappellent en rien les accès narcoleptiques, nous ne les signalerons que pour mémoire.

*L'hypnosie des nègres* ou maladie du sommeil proprement dit, maladie aboutissant fatalement à la mort, est endémique et, à part même sa distribution géographique assez particulière (côte occidentale de l'Afrique), ne présente qu'à sa première période quelques analogies avec la narcolepsie.

Le *vertige paralysant* ou maladie de Gerlier (Haltenhoff) procède aussi par petites endémies en Suisse et, outre la somnolence, présente du vertige, de la céphalalgie, de la dysphagie et la ptose double incomplète.

*Maladie de Gayet* ou polio-encéphalite supérieure : présente la somnolence permanente pendant des journées entières, accompagnée d'atonie musculaire générale et des phénomènes oculaires caractéristiques (ptose double et paralysie des muscles de la troisième paire), maladie aboutissant à la mort en quelques jours ou quelques mois.

La *nona* qui ne serait, d'après M. Longuet, qu'une forme anormale de méningite cérébro-spinale, est un sommeil prolongé post-grippal, survenant d'ordinaire à une période assez éloignée de la grippe primitive et présentant ; en plus, des caractères objectifs particuliers.

Le *sommeil hypnotique* provoqué ou spontané a des caractères propres bien tranchés.

Enfin le *sommeil toxique* des empoisonnements varie suivant la nature et la quantité des substances ingérées.

c) DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — S'il est aisé de reconnaître la narcolepsie, il n'en est pas toujours de même pour en déterminer l'affection originelle. Nous avons vu, au chapitre précédent, que l'hystérie et l'épilepsie peuvent prendre le masque de la narcolepsie.

*Hystérie.* — Certaines formes de léthargie hystérique (pseudo-narcolepsie de Parmentier) rappellent tellement les attaques narcoleptiques que certains auteurs les ont assimilées. M. Dutil, par exemple, dit ceci à propos de la narcolepsie : « Ce n'est là, selon toute vraisemblance, qu'une variété du sommeil hystérique. » L'attaque narcoleptoïde de sommeil hystérique a cependant des caractères propres assez tranchés.

Les paupières présentent une sorte de vibration d'autant plus accusée qu'on cherche à ouvrir les yeux, lesquels

convergent en haut et en dedans. Dans presque tous les cas il existe du trismus qu'il est fort difficile, sinon impossible, de vaincre. Notons que les sourcils sont généralement contractés et la fossette du menton creusée davantage. L'expression de la physionomie peut changer sous l'influence des excitations extérieures. Nous avons vu que l'attaque narcoleptique se prolonge rarement plus d'une demi-heure et en général n'est que de quelques secondes à quinze minutes; la durée de l'attaque pseudo-narcoleptique est d'ordinaire plus longue.

Souvent les excitations les plus énergiques ne provoquent pas le réveil (bruit fort, odeurs irritables, faradisation de la peau, des troncs nerveux, des muscles), tandis qu'on le provoque par la pression sur les zones hystérogènes, mais cette manœuvre détermine en même temps la crise convulsive. On voit souvent les hystériques exécuter certains mouvements caractéristiques pendant le sommeil et manifester l'état de délire interne. Notons aussi quelques troubles de la respiration; des arrêts de vingt à trente secondes, des petites inspirations saccadées en série ou de larges inspirations subites, comme convulsives. Le pouls est souvent irrégulier, accéléré par moment; la face se colore légèrement.

Les urines présentent la composition chimique caractéristique de l'attaque convulsive : diminution du volume des excréta et inversion de la formule des phosphates (Gilles de la Tourette et Cathelineau).

En matière d'hystérie la connaissance des antécédents sera toujours un précieux élément de diagnostic.

La première attaque hystérique ne se manifeste qu'exceptionnellement sous forme d'accès de sommeil, mais en règle générale sous sa forme habituelle de crise convulsive. L'accès n'est pas aussi brusque et souvent l'hystérique va faire son attaque dans son lit (Lasègue). Il existe souvent une période prodromique.

La cause occasionnelle de l'attaque, de la première au moins, est la même que pour l'attaque convulsive : émotion pénible, contrariétés, frayeur, etc. Enfin les stigmates hystériques ne font jamais défaut.

Tout cela suffit pour reconnaître la nature hystérique de l'accès de sommeil.

*Épilepsie.* — Le diagnostic de l'origine épileptique de la narcolepsie est d'un intérêt capital tant au point de vue du traitement qu'au point de vue médico-légal ; et il n'est pas toujours chose facile. Il y a des cas où les manifestations de l'épilepsie larvée simulent de toute pièce la narcolepsie sans qu'aucun autre symptôme puisse révéler la névrose ; dans ces cas, l'efficacité de la médication bromurée « cette pierre de touche de l'épilepsie » fournit un élément précieux de diagnostic, tandis que pour les narcoleptiques vrais, elle reste sans effet. M. Jacoby, après avoir différencié ces attaques soporeuses de la narcolepsie vraie et des attaques semblables de nature hystérique, formule ainsi son diagnostic : « Si elles (les attaques) sont de courte durée et suivies d'amnésie, elles sont probablement de nature épileptique ; s'il y a du somnambulisme concomitant, surtout à caractère bruyant, cette probabilité devient certitude. » L'auteur donne encore un signe qui sera en faveur de l'épilepsie, c'est la corpulence trop forte pour l'âge.

Dans d'autres cas, le diagnostic ne présente pas d'aussi grandes difficultés et est facile à établir d'après quelques caractères propres à cet état : le changement successif de coloration de la face, une expression de terreur, troubles respiratoires, émission involontaire d'urine et de matières fécales pendant les attaques ou pendant la nuit, le piqueté hémorrhagique de la face et de la poitrine, perte absolue de la mémoire de l'accès passé ; l'épileptique reprend la conversation ou l'occupation au milieu desquelles il fut interrompu par l'attaque, sans se douter le moins du monde de ce qui lui est arrivé. Il est en général impossible de provoquer le réveil. Au réveil spontané, on constate souvent de l'hébétude, de l'abattement, de la céphalée. Nous ne parlerons pas du cri initial rauque, des convulsions, etc., de ces caractères de la grande attaque épileptique qui peuvent précéder ou suivre l'attaque de sommeil, car dans ces cas le diagnostic de l'épilepsie s'impose ; nous ne signalons que les traits particuliers de cette forme fruste et atypique du petit mal comme l'est la narcolepsie comitiale. Ces crises de sommeil alternent souvent avec les crises convulsives et on constate la morsure de la langue due à l'accès convulsif nocturne méconnu par le patient et par l'entourage.

Les crises de sommeil peuvent précéder de plusieurs années l'apparition des grandes attaques épileptiques, l'inverse a souvent lieu aussi.

Les attaques de sommeil peuvent alterner avec les autres états épileptiques : fugues, vertiges, absences ou crises psychiques du petit mal, peuvent les précéder, les suivre ou les remplacer.

L'étude du passé pathologique du malade sera donc toujours d'un précieux secours pour le diagnostic.

Les rapports de la narcolepsie avec l'épilepsie et le diagnostic différentiel des attaques de sommeil dans les deux cas ont été tout particulièrement étudiés par M. Jacoby en Amérique et par M. Dehio en Russie.

Il ne suffit pas de différencier la narcolepsie des névroses à crises léthargiques, la cause réside souvent dans les troubles de la nutrition. On recherchera minutieusement l'affection causale, car la connaissance en est très importante au point de vue du traitement. Il serait fastidieux d'envisager ici séparément tous les cas que nous avons déjà passés en revue dans le chapitre de l'étiologie. Qu'il nous suffise de dire que l'examen de l'urine occupe ici la première place, car il a pu révéler le diabète jusque-là méconnu; l'albuminurie phosphaturique a été décelée ainsi. L'étude des commémoratifs, l'examen de l'état général et de tous les appareils ne sera jamais négligé.

---

## CHAPITRE V

### Pronostic.

Le pronostic de la narcolepsie ne se prête pas à des considérations générales ; variable selon qu'elle est primitive ou secondaire et dans ce dernier cas elle varie encore avec les affections qui l'engendrent. Nous envisagerons séparément ces différentes circonstances.

Dans les *maladies de la nutrition* telles que diabète, goutte, gravelle, polysarcie, etc., elle apparaît le plus souvent comme un symptôme sans valeur pronostique et disparaît en même temps que l'affection causale ; ainsi chez le diabétique de M. Ballet elle disparut en même temps que le sucre de l'urine, chez le polysarcique de M. Robin elle fut atténuée considérablement par la médication et la diète appropriée. Chez les obèses on la voit en général diminuer et disparaître en même temps que le poids du malade s'abaisse par un entraînement progressif, le régime et la médication convenables en la circonstance, etc.

Il en est de même dans la plupart des *affections viscérales* : Troubles gastriques, cardio-artériels, etc. Dans un cas de lithiase biliaire rapporté par M. Lévi les crises de sommeil coïncidaient avec les douleurs dans l'hypochondre droit et disparaissaient en même temps que ces douleurs.

MM. Lévi et Hanot dans leur étude sur la somnolence et la narcolepsie hépatiques considèrent ce symptôme comme très important au point de vue du pronostic. M. Lévi en apporte des exemples à l'appui. M. Céry présente aussi un cas de cirrhose alcoolique du foie peu avancée, la narcolepsie apparut, la maladie fit de rapides progrès et le malade succomba à courte échéance.

On voit que dans certaines affections du foie elle acquiert ainsi la valeur d'un élément de pronostic important.

Dans les *maladies nerveuses fonctionnelles* l'apparition de la narcolepsie n'est pas un événement fâcheux, au contraire, suivant le proverbe qui dit : « le sommeil est l'oubli de tous les maux », elle apporte à certains neurasthéniques et hypochondriaques un véritable soulagement, et le court accès de sommeil leur laisse souvent un sentiment de bien-être et de satisfaction, ils se sentent pour quelque temps débarrassés de leurs inquiétudes et préoccupations tristes (DUFOSSE).

Dans les *névroses convulsives* c'est aussi un changement désirable comme pour les malades ainsi que pour leur entourage. Quel hystérique en effet, quel épileptique ne voudrait pas voir remplacé ses crises convulsives effroyables par ce petit sommeil ou même par un sommeil long ! La narcolepsie peut être considérée dans ces cas comme atténuation de la névrose primitive.

Dans les *maladies nerveuses organiques* elle constitue au contraire un symptôme fâcheux d'ordinaire, révélateur du progrès des lésions cérébrales et précurseur de l'issue fatale de la maladie, comme on l'a vu au cours de la para-

lysie générale. L'ataxie de M. Féré par exemple n'avait pas présenté jusque-là de manifestations encéphaliques, l'apparition de la narcolepsie éveilla cette idée et l'autopsie confirma cette supposition.

La *narcolepsie dite primitive* étant une affection essentiellement chronique, constitue une véritable infirmité. Elle rend le sujet inapte à tout travail, lui attire des mésaventures et l'expose à mille dangers. Il est vrai que cet état de sub-conscience que conserve le narcoleptique à l'approche et même pendant l'attaque lui permet d'y parer quelque peu. Et l'on ne trouve pas signalés d'accidents graves survenus chez les narcoleptiques (sauf les narco-épileptiques) ; néanmoins cet état est déplorable et altère profondément leur moral, devenant ainsi le point de départ de la neurasthénie et de troubles psychiques divers. Un jeune médecin, patient de M. Morton, terminait l'histoire de sa maladie en disant, que depuis qu'il souffre de la narcolepsie la vie lui est devenue un lourd fardeau. Voilà encore l'extrait d'une lettre adressée par un narcoleptique à M. Hugues Le Roux : « Mon affection m'empêche et m'a toujours empêché de ne rien faire et d'occuper aucune place. J'étais taxé de paresse et de fénéantise. »

Voilà vraiment des raisons suffisantes pour motiver un certificat d'inaptitude au travail.

« Que serais-je devenu, disait un narcoleptique à M. Gelineau, si, au lieu d'être un pacifique médecin n'ayant pas de devoir à remplir à heure fixe, j'avais été un officier chargé d'un commandement aux avant-postes la veille d'une bataille, ou une simple sentinelle placée en face de

l'ennemi... Je me serais endormi et aurais été inévitablement condamné à mort par un conseil de guerre!!»

Le *pronostic* de la narcolepsie essentielle est donc très grave. Elle ne menace pas directement l'existence, mais elle compromet profondément la vie sociale du malade.

---

## CHAPITRE VI

### Traitement.

Le traitement de la narcolepsie symptomatique est entièrement subordonné à l'affection causale. C'est en s'adressant aux états pathologiques qui l'engendrent, qu'on parvient à la vaincre. La suggestion réussit chez les hystériques. Par la médication bromurée on arrive à faire disparaître la narcolepsie des épileptiques.

La malade de M. Labbé, jeune fille chlorotique, fut guérie de la narcolepsie en cinq semaines par les préparations ferrugineuses. Chez les diabétiques, chez les cardiaques on parvient à la combattre ou du moins à l'atténuer par les moyens thérapeutiques appropriés à ces affections. M. Robin a obtenu de bons résultats dans un cas de narcolepsie symptomatique d'une neurasthénie avec albuminurie phosphaturique, par le traitement suivant :

1° Pour l'*hygiène* : exercice progressif, vie au grand air, repos intellectuel.

2° Pour le *régime* : diminution des féculents et des sucres, agents d'épargne, augmentation des légumes verts et des fruits, prescription des aliments phosphorés et potassiques, suppression de tous les aliments gélatineux, acide à l'exception du jus de citron.

3° Comme *médication* : huile de foie de morue, arsenic,

phosphates alcalins et terreux, préparations strychniques.

Le même auteur a soigné aussi avec succès la narcolepsie d'origine *polysarcique*. Il s'agissait d'un médecin de 35 ans, obèse, goutteux et arthritique de par ses antécédents et qui depuis huit mois était atteint d'une narcolepsie tellement invincible qu'il s'endormait durant même la rédaction de ses ordonnances; il s'endormait en marchant. Il fut soumis au traitement diététique et fit une cure à Brides où il prenait le matin quatre verres de 250 gr., à 11 heures un verre, à 5 heures deux verres; tous les jours, séances de massage, douches chaudes et entraînement progressif. Sous l'influence de ce traitement le poids du malade s'abassa de 132 kilogr. qu'il l'était à 110, l'état général devint excellent, l'oppression disparut, les attaques de sommeil ne revinrent plus qu'à de rares intervalles et très atténuées.

Ne multiplions pas les exemples; il serait fastidieux d'envisager séparément tous les états pathologiques dans lesquels on a observé la narcolepsie. Qu'il nous suffise de dire que le traitement de la narcolepsie doit être uniquement causal, c'est-à-dire viser l'affection dont elle est tributaire.

Nombre de moyens thérapeutiques ont été mis en œuvre contre la *narcolepsie dite essentielle*. La pathogénie restant obscure et ne pouvant venir en aide à une thérapeutique rationnelle, on a essayé une multitude de médicaments: les antispasmodiques, les excito-nervins, iodures, bromures, préparations quinquiques, presque tous les alcaloïdes, etc., tous se sont montrés inefficaces. L'hydrothérapie, l'électricité se montrent également inefficaces; dans certains cas

cependant l'électricité statique sous forme de bains électriques a eu une heureuse influence.

MM. Dufossé et Macnamara apportent chacun un cas de guérison spontanée à la suite d'une épistaxis abondante. Loschiloff cite un cas de guérison chez une jeune fille à la suite du retour au pays natal, et chaque fois qu'elle le quittait les attaques de sommeil réapparaissaient.

Un malade de Morton a pu parvenir à vaincre les accès par l'effort de la volonté, cependant au prix d'une céphalée intense et continue.

On a conseillé de maintenir le narcoleptique en veille en le surveillant et l'empêchant de s'endormir ou en interrompant son sommeil dès qu'il y cérait (Dana). Cette méthode a réussi dans le cas du docteur Ewen.

La suggestion, même en dehors de l'hystérie, a produit dans certains cas une amélioration, mais malheureusement aucun cas n'a été poursuivi assez longtemps pour juger des résultats définitifs de cette méthode.

La vie au grand air, les bains d'air comprimé, les inhalations d'oxygène ont eu également une heureuse influence dans quelques cas.



## CONCLUSIONS

I. — La narcolepsie présente un type clinique déterminé nettement, distinct de toute autre espèce de somnolence morbide.

II. — Elle est tout particulièrement reliée aux névroses convulsives constituant l'équivalent des attaques convulsives.

III. — Elle se rattache à d'autres neuropathies fonctionnelles ou organiques héréditaires et acquises, tantôt suivant les phases de l'état morbide qui l'engendre, tantôt comme un symptôme transitoire sans valeur pronostique, tantôt comme précurseur de l'issue fatale de la maladie.

IV. — Elle apparaît au cours de beaucoup de maladies générales et viscérales, comme un simple épisode syndromique, très rare d'ailleurs par rapport à la fréquence des maladies, et entièrement subordonné, quant à sa marche et à son traitement, à l'affection causale.

V. — A côté des narcolepsies secondaires, il existe une narcolepsie primitive ou essentielle, c'est-à-dire de cause inconnue, se rapprochant sous ce rapport de l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, des tics et pouvant être classée jusqu'à nouvel ordre dans le même cadre nosographique.

VI. — La narcolepsie essentielle comporte la même étiologie que ces névroses. L'évolution de la vie sexuelle, les troubles des fonctions génitales paraissent occuper une place prépondérante dans la genèse de l'affection.

VII. — La narcolepsie essentielle est une affection chronique qui s'est montrée jusqu'à présent rebelle à tous les moyens thérapeutiques. Elle ne menace pas directement l'existence, mais compromet la vie sociale en raison de l'incapacité de travail qui en résulte. Exposant le malade aux mille dangers et à toute sorte de mésaventures, elle devient souvent le point de départ de la neurasthénie et de troubles psychiques divers.

VIII. — La pathogénie, la nature de l'affection restent obscures, et n'ont été résolues jusqu'ici que par des hypothèses.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Akimenko.** — Sommeil hystérique. *Médecine Russe*, 1887, en russe.
- Arcle.** — Somnolence des obèses. *Med. Pr. and Circular*, 1889, p. 165.
- \* **Ballet.** — Du sommeil pathologique. *Rev. de Méd.*, 1882, p. 945.
- Barth.** — *Du sommeil non naturel*. Thèse d'agrégation, 1886, Paris.
- Block et Onanoff.** — *Sémiologie et diagnostic des affections nerveuses*, 1892, Paris.
- Block.** — *Rev. de neurologie*, 1893.
- Bouchard.** — *Soc. clin. des hôp.*, 8 décembre 1887.
- Bourneville et Regnard.** — *Iconographie de la Salpêtrière*, t. III, 1879-80.
- Böhm.** — *Ueber Narcolepsie*. Thèse Berlin, 1893.
- Caffe.** — Maladie du sommeil. *Journ. des conn. médic. prat.*, 1862, p. 323.
- Camuset.** — De la narcolepsie. *Gaz. des hôp.*, 1880.
- Caton.** — Case of narcolepsy. *Med. Presse and Circular*, 1889, p. 165.
- Calmette.** — Maladie du sommeil. *Arch. de méd. Navale*, 1888, p. 156.
- \* **Chatain.** — Un cas de narcolepsie. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1894, XXIII, p. 132.
- Charcot et Bouchard.** — *Traité de Médecine*.
- Charcot.** — Attaques de sommeil. *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 1369.
- Céry.** — Valeur pronostique de la narcolepsie hépatique. *Union méd. du Nord-Est*, 1896.
- Combret.** — *De l'épilepsie larvée*, 1896, thèse Paris.
- \* **Dana.** — On morbid Drowsiness and somnolence. *Journ. of Nerv. and Ment. Diseases* 1884, p. 151.
- \* **Dehio.** — Ueber einige pathologische schlafzustände. *St-Petersb. med. Wochens.*, 1893, X, p. 203.
- Depaul.** — *Leçons de clinique obst.* Paris, 1872-76, p. 428.
- Drosdow.** — Morbus hypnoticus. *Arch. f. Psych. und Nerv.*, XIII.
- \* **Ewen.** — A case of narcolepsy. *Boston Méd. and S. Journ.*, 1893, p. 569.
- Féré.** — Le sommeil paroxystique. *Sem. Méd.*, 1893, p. 533-35.

- Féré.** — *Ann. Méd. Psych.*, 1888, p. 137.  
— *Les épilepsies et les épileptiques*, 1891.  
— Note sur l'apathie épileptique. *Rev. de Méd.*, 1891, p. 211.
- Ficher.** — Epileptoïde schlazustande. *Arch. f. Psychiatr.*, vol. VIII, p. 200.
- \* **Foot.** — Narcolepsy. *Dublin Journ. of Medic. Science*, 1886, XXXII, p. 465.
- Gairdner.** — Case of abnormal disposition to sleep altern. with choreic Mouvement. *The British Med. Journ.*, 1875, p. 229, 547, et *British Med. Journal*, 1878.
- Guérin.** — *De la maladie du sommeil*. Thèse Paris, 1869.
- \* **Gélineau.** — *Gazette des hôp.*, 1880.  
— *Narcolepsie mémoire*, 1881.
- Gilles de la Tourette.** — Des attaques de sommeil hystérique. *Arch. de Neurologie*, 1888, XV, p. 93, 266.
- Hitzig.** — Schlafattack. und hypnotic suggestion. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1892.
- Huchard.** — Traitement des attaques de sommeil. *Journal des pratic.*, 1895, n° 25, p. 386.
- Jacoby.** — Periodical Sleep Seinzures of on epileptic nature *New-York Med. Journ.*, 1893, p. 541-544.
- Landouzy.** — *Clinique de la Charité*, août 1882.
- Lasègue.** — L'appétit du sommeil. *Gaz des hôp.*, 1882.  
— *Études médicales*, 1884, t. I, 429-446.
- Labbé.** — *Union méd.*, 1862, XVI.
- Legrand.** — Un cas de narcolepsie. *France Médicale*, 1888, I, p. 37-60.
- Lévi.** — Somnolence et narcolepsie. *Arch. gén. de Méd.*, janvier 1896.  
— *Troubles nerveux d'origine hépatique*. Thèse Paris, 1896.
- Longuet.** — La nona. *Sem. Méd.*, 9 juillet 1892.
- Loney.** — An obscure case. *New-York Med. Record*, 1888, XXXIII, p. 663.
- \* **Loschiloff.** — Des causes de la narcolepsie (en russe). *Wratsch*, 1895, p. 673
- \* **Macnamara.** — Epistaxis. *Dubl. Quart Journ. of med. Scienc.*, 1862, t. XXIII, p. 38.
- Mauthner.** — Zur pathologie und physiol. des schlafes nebst Bemerkung über die nona. *Wiener. med. Wochenschr.*, 1890.
- Marrotte.** — Un cas de maladie du sommeil. *Union méd.*, 1862, p. 315.
- Marduel.** — Note sur un cas de maladie du sommeil. *Lyon méd.*, 1872, p. 314.

- Mendel.** — Ueber Anfälle von Einschlafen. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1880, p. 266.
- \* **Morton.** — Case of morbid somnolence. *Journal of Nerv. and Ment. Diseases*, 1884, p. 616.
- Moreau** (de Tours). — Maladies réputées incurables. *Ann. de psych. et d'hypnologie*, 1895, n° 1.
- Morgenroth.** — Ueber habituelle Schlaflosigkeit. Berlin, 1892.
- Negro.** — Accessi spontanei di somno a brevissimo durata et repet. à corti intervalli. *Gaz. med. di Torino*, 1892, p. 501.
- Onanoff.** — (Voir Block et) 1892.
- Parmentier.** — Pseudo-narcolepsie hystérique. *Arch. gén. de med.* 1891, p. 528.
- Phipson.** — *The Journal of med. and dosim. Therapeutic*, octobre 1880.
- Porter.** — Narcolepsy. *N.-York med. Record*, 1888, p. 610.
- Robin.** — Traitement des attaques de sommeil. *Bulletin de therap.*, 1895.
- Rousseau.** — Narcolepsie dans la démence et l'épilepsie. *Encéphale*, 1881, p. 709.
- Roskam.** — Épilepsie et volonté. *Ann. de la Soc. Med.-chir. de Liège*, 1895.
- \* **Samain.** — *Narcolepsie*. Thèse Paris, 1894.
- \* **Schataloff.** — *Narcolepsie*. Moscou, 1885 (en russe).
- Siemens.** — Zur Lehre vom epileptischen Schlaf und Schlafüberhaupt. *Arch. f. Psych.*, 1879, IX, p. 72.
- Sharp.** — A case of somnolence. *N.-York Med. Rec.*, 1890, p. 683.
- Ware Cousins.** — Cas singulier de sommeil profond. *Med. Tim. and Gaz.*, 18 avril 1863, 29 juin 1865.
- Westphal.** — Eigenthümliche mit Einschlafen verbundene Anfall. *Arch. f. Psych.*, VIII, p. 200.
- White.** — *Presse and Circul.*, 1889, p. 165.
- Weill.** — Le centre du sommeil. *Province Méd.*, Lyon, 1890, p. 496.
- 

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,

POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C<sup>ie</sup>, HAVRE





